

Rak jelita grubego jest narastającym problemem nie tylko onkologicznym, ale przede wszystkim zdrowotnym współczesnego społeczeństwa w Polsce i na świecie.

Badania nad jakością życia w chorobach przewlekłych są cennym źródłem informacji medycznych, dopełniających dane diagnostyczne i laboratoryjne. Celem badań była wstępna ocena jakości życia chorych na raka odbytnicy po zabiegu operacyjnym i chemioterapii, a także poznanie najczęstszych dolegliwości fizycznych i psychicznych wpływających na jakość życia badanych.

Oceny jakości życia, prowadzone wśród 35 chorych z rakiem odbytnicy, u których wykonano przednią resekcję odbytnicy, wskazują, że mimo pozytywnego skutku leczenia (usunięcie raka, brak przerzutów), chorzy silnie przeżywają swój stan, a zaburzenia psychologiczne mają podobne nasilenie, jak dolegliwości fizyczne w tej grupie badanych. Większość badanych – 18 osób (52%) – oceniła swoją jakość życia jako dobrą i bardzo dobrą. Średnia tych ocen wskazuje, że pacjenci oceniają swoją jakość życia w skali Rotterdam jako *raczej dobrą*. Natomiast swój stan zdrowia oceniają nieco gorzej, wskazując, że jest on *ani dobry/ani zły*. Wnioski: 1) dotychczasowe wyniki badań nad jakością życia chorych na raka odbytnicy po przedniej resekcji są niejednoznaczne; 2) poznanie jakości życia chorych na raka odbytnicy po przedniej resekcji jest wciąż niewystarczające; 3) monitorowanie jakości życia w tej grupie chorych powinno być stałym elementem terapii.

**Słowa kluczowe:** rak odbytnicy, przednia resekcja odbytnicy, jakość życia.

## Przednia resekcja odbytnicy – wybrane aspekty jakości życia chorych

*Anterior resection of rectum – selected quality of life aspects*

Iwona Jabłońska<sup>1</sup>, Antoni Czupryna<sup>2</sup>, Jan Kulig<sup>2</sup>, Janusz Legutko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Ochrony Zdrowia, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

<sup>2</sup>I Katedra Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologii, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

### Wstęp

Rak jelita grubego jest narastającym problemem nie tylko onkologicznym, ale przede wszystkim zdrowotnym współczesnego społeczeństwa w Polsce i na świecie.

U obu płci znajduje się na drugim miejscu pod względem częstości zachorowań i przyczyn zgonów spowodowanych nowotworami. Najczęstszym miejscem występowania raka jest odbytnica. W Polsce wskaźnik występowania tej choroby utrzymuje się na średnim poziomie 16,8 u mężczyzn i 12,7 u kobiet [1, 2].

Wyniki leczenia raka jelita grubego w naszym kraju wciąż nie są zadowalające. Najlepiej o tym świadczy wysoki wskaźnik śmiertelności (iloraz umieralności do zachorowalności), który wynosi 0,83, podczas gdy w Europie Zachodniej oscyluje on w granicach 0,54–0,57, zaś w Stanach Zjednoczonych wynosi 0,38–0,41. Nie ma wątpliwości, że najważniejszym czynnikiem rokowniczym jest stopień zaawansowania nowotworu. Ocenia się, że nawet 50% chorych zgłaszających się do lekarza, już w chwili rozpoznania ma zaawansowaną postać choroby [3]. Większość nawrotów po radykalnej resekcji jelita grubego z powodu raka występuje w ciągu 5 lat, a przeważnie w ciągu 3 lat po operacji [2]. Przednia resekcja odbytnicy jest wykonywana na różnych wysokościach odbytnicy, w zależności od umiejscowienia guza [4]. U chorych z guzami górnej połowy odbytnicy wykonywane jest zespolenie wysokie (powyżej załamka otrzewnej), natomiast u chorych z guzami środkowej części lub z guzami leżącymi na pograniczu środkowej i dolnej części odbytnicy wykonywane jest zespolenie poniżej załamka otrzewnej w odległości do 6 cm od kanału odbytu tzw. zespolenie niskie [5].

Utrzymanie naturalnej drogi wydalania poprzez zachowanie zwieraczy stało się, obok wyznaczników onkologicznych, podstawową regułą leczenia raka odbytnicy.

Jakość życia osób po przedniej resekcji odbytnicy, a zwłaszcza niskiej przedniej, nie jest jednak tak zadowalająca. Najczęściej związane jest to z występowaniem tzw. zespołu resekcji przedniej. Zespół ten cechuje się następującymi objawami: nagłące parcia, nietrzymanie gazów i stolca, częste oddawanie stolca, nieodróżnianie gazów od stolca. Tylko u części chorych w miarę upływu czasu występuje poprawa [6]. Badania dowodzą, że ryzyko wystąpienia zaburzeń czynności rektoanalnych do roku po zabiegu przedniej resekcji odbytnicy wynosi ponad 30%, a po niskiej przedniej resekcji odbytnicy ok. 70% chorych. Dotyczy to zarówno subiektywnych objawów przejawiających się jako *zespół przedniej resekcji*, jak i obiektywnej, proktomanometrycznej oceny funkcji zwieraczy. Tylko 39% chorych po niskiej przedniej resekcji, a 78% po przedniej resekcji w pełni kontroluje oddawanie stolca po roku po operacji. Brak poprawy do roku świadczyć może o nieodwracalności uszkodzenia [7]. Liczni autorzy uważają, że obok korzystnego wyniku onkologicznego i chirurgicznego, bardzo istotną jest także jakość życia chorych po wykonanej operacji [8].

Colorectal cancer (CRC), is a serious and growing problem not only in Poland but also worldwide. Quality of life questionnaires are valuable sources of information which integrate laboratory and diagnostic data. The aim of the study was to assess the quality of life of patients who underwent anterior resection and chemotherapy, and to find out the most common physical and psychological complaints that affect quality of life also.

A group of 35 persons were assessed, who experience strongly their own condition, and for whom psychological disorders have the same intensity as physical disorders. Most of the examined persons, 52%, evaluated their own quality of life as "good" or "very good". An average patient evaluates their own quality of life as "rather good" in the Rotterdam scale. However, they evaluate their own health as lower, indicating it as "neither good nor bad".

Based on the study of the outcomes, the following conclusions were drawn: 1) the outcomes of questionnaires of quality of life of patients with colorectal cancer treated by anterior resection are various so far; 2) the knowledge of quality of life in this group is still too low; 3) the monitoring of quality of life of people with colon cancer after anterior amputation of rectum and chemotherapy has to be a basic part of therapy.

**Key words:** colorectal cancer, anterior resection of rectum, quality of life.

Holistyczne pojmowanie opieki nad pacjentem w medycynie, dbanie o pełne wyleczenie z choroby, gdy jest taka możliwość, oraz godne życie z jej ewentualnymi następstwami, pociąga za sobą rozważania na temat jakości życia pacjentów (*quality of life*).

Celem opieki wielodyscyplinarnego zespołu jest poprawa jakości życia pacjenta i jego rodziny. Jednocześnie jakość życia jest często wyznacznikiem opieki nad chorym i jego bliskimi oraz miernikiem skuteczności działań medycznych [9].

W związku z popularnością kwestii dotyczących jakości życia chorych, następuje wzrost prób definiowania tego pojęcia. Definicje jakości życia uwarunkowane są najczęściej kontekstem, w jakim powstają. Powtórzyć można za Meyzą, że dla lekarza dobra jakość życia oznacza stan bez choroby, dla filozofa to stan szczęśliwości, dla biologa samospełnienie i utrzymanie gatunku, a dla chorego jest to stan, w którym może realizować cele swojego życia [10]. De Walden-Gatuszko definiuje jakość życia jako *dokonaną przez człowieka, zwykle w porównaniu z jakimś wzorcem, własną ocenę swojej aktualnej sytuacji życiowej (życia)*. Inaczej jest to ocena różnicy między sytuacją realną a upragnioną [11]. Wzorec, jaki tworzy człowiek wiąże się silnie z własnymi doświadczeniami żywymi, doświadczeniami innych osób, systemem wartości. Definicja obejmuje różne aspekty życia człowieka, takie jak stan fizyczny, psychiczny, społeczny, duchowy, sprawność ruchową, problemy seksualne, środowiskowe i inne. W 1999 r. Schipper wprowadził nowe pojęcie jakości życia w medycynie, pojęcie *jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia* [12] – HRQL (*Health Related Quality of Life*). Jest to własna ocena położenia życiowego przez pacjenta podczas choroby, leczenia i rehabilitacji. Odwołuje się ona do subiektywnej oceny zdrowia, objawów i powikłań choroby, według których dobry stan zdrowia czy dobre funkcjonowanie psychofizyczne i społeczne równoważne jest z dobrym stanem zdrowia, a w konsekwencji z dobrą jakością życia. HRQL obejmuje stan fizyczny, sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne i doznania somatyczne.

Podstawy jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia opierają się na wielowymiarowej koncepcji zdrowia. Ta koncepcja zawarta w definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) obejmuje 5 różnych koncepcji zdrowia, tj. zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne funkcjonowanie, pełnienie ról, ogólny dobrostan. Według WHO jakość życia to *indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę ich pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyją, oraz w odniesieniu do ich zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi* [13]. WHO wyznacza również grupy osób, nad którymi powinny koncentrować się badania nad jakością życia. Wśród nich, oprócz osób cierpiących na cukrzycę, AIDS, mniejszości narodowych, niepełnosprawnych, znajdują się osoby chore na nowotwory.

Badania nad jakością życia w chorobach przewlekłych są cennym źródłem informacji medycznych, dopełniających dane laboratoryjne i diagnostyczne (Siegrist). Zwraca się w nich uwagę na wiele wyznaczników przebiegu procesu rehabilitacji medycznej, fizycznej i psychospołecznej, zmierzających do rekompensaty skutków choroby lub ingerencji medycznej, np. chemioterapii czy chirurgicznej. Podsumowując, ustalenie relacji między oczekiwaniami i dążeniami chorych, a ich rzeczywistymi doświadczeniami, opartymi na konfrontacji z chorobą i leczeniem, jest celem badania jakości życia [12].

## Materiał i metoda

Celem badań była wstępna ocena jakości życia chorych na raka odbytnicy po zabiegu operacyjnym i chemioterapii, a także poznanie najczęstszych dolegliwości fizycznych i psychicznych wpływających na jakość życia badanych.

Podjęto badania wśród 35 osób operowanych i leczonych w I Katedrze Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologii CMUJ w Krakowie z powodu raka odbytnicy. Przyjęto następujące kryteria włączenia osób do badań:

- sklasyfikowany nowotwór odbytnicy w stadium B i C wg Dukesa,
- pacjenci leczeni chirurgicznie metodą resekcji przedniej,

- pacjenci leczeni z zastosowaniem chemioterapii adjuwantowej (fluorouracyl + levamisol i fluorouracyl + leukoworyna),
- pacjenci do 3 lat po zabiegu, leczeni chemioterapią,
- wiek pacjentów nieprzekraczający 75 lat,
- pacjenci bez dodatkowego leczenia przeciwnowotworowego (np. immunoterapią),
- pacjenci bez rozpoznanych przerzutów i wznowy nowotworu (potwierdzone wynikami badań, np. kolonoskopia, USG, RTG, obecnością antygenu karcinogenego we krwi – CEA itd.),
- zgoda pacjentów na przeprowadzenie badań.

W badaniach wykorzystano standaryzowane kwestionariusze badające jakość życia, w tym: kwestionariusz WHO QOL-100 opracowany przez WHO w 1991 r. (wersja polska opracowana przez Laurę Wołowicką i Krystynę Jaracz), który pozwala ocenić funkcjonowanie w różnych dziedzinach życia, satysfakcję i poczucie szczęścia, spełnienia własnych celów i oczekiwań w określonych warunkach kulturowych. WHO QOL umożliwia uzyskanie profilu jakości życia w zakresie:

- sześciu dziedzin (fizyczna, psychologiczna, poziom niezależności, relacje społeczne, środowiskowa, duchowość/religia/osobiste przekonania),
- 24 podskal w obrębie tych dziedzin,
- globalnej jakości życia i percepcji ogólnego stanu zdrowia.

*Skala rotterdamkiej listy objawów* (RSC – *Rotterdam Symptom Checklist*) jest narzędziem do pomiaru jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową, badającym stan somatyczny, na który składa się sprawność podstawowych funkcji fizjologicznych oraz doznania somatyczne chorych.

Dodatkowo wykorzystano opracowaną na potrzeby pracy skalę, która zawiera pytania dotyczące funkcjonowania odbytnicy oraz zaburzeń w sferze seksualnej chorych.

## Wyniki

Kierując się powyższymi kryteriami przebadano 35 osób, 22 kobiety (63%) i 13 (37%) mężczyzn. Wśród badanych 13 osób miało stopień C zaawansowania nowotworu i 22 osoby stopień B wg podziału Dukesa w modyfikacji Astlera-Collera. Kobiety i mężczyźni nie różniły się istotnie stopniem zaawansowania nowotworu (tab. 1.).

Czas od zabiegu operacyjnego wynosił średnio 15 mies. i oscylował w przedziale 6–37 mies., a średni czas od rozpoczęcia leczenia chemioterapią wynosił 12,5 mies. W wieku 30–50 lat było 5 osób, 51–60 lat – 12 osób, 61–70 lat – 12 osób oraz 71–75 lat – 6 osób. Średnia wieku badanych wynosiła 60,4 lata. Wśród respondentów było 30 osób w związku małżeńskim (86%), 1 osoba w separacji i 4 osoby owdowiały. Źródłem dochodów dla 9 osób (26%) była renta, dla 19 osób (54%) emerytura, 7 osób (20%) pracowało jeszcze zawodowo, 18 badanych miało wykształcenie średnie (51%), a 11 pacjentów (34%) poniżej średniego. Większość badanych – 18 osób (52%) – oceniła swoją jakość życia jako dobrą i bardzo dobrą, 11 osób (31%) jako ani złą, ani dobrą, a 6 osób (17%) oceniła swoją jakość życia jako złą. Średnia tych ocen wskazuje, że pacjenci oceniają swoją jakość życia,

**Tabela 1.** Płeć a zaawansowanie raka

**Table 1.** Sex and progression of cancer

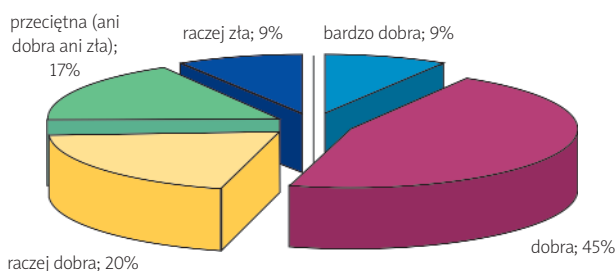
Zaawansowanie raka	Płeć		Razem
	K	M	
C	8	5	13,0
B	14	8	22,0
ogół grup	22,0	13,0	35,0

Statystyka:  $\chi^2$  Pearsona: 1,75265,  $df=1$ ,  $p=,185547$

w skali Rotterdam jako *raczej dobrą* (ryc. 1), natomiast swój stan zdrowia jako *ani dobry, ani zły* (ryc. 2.).

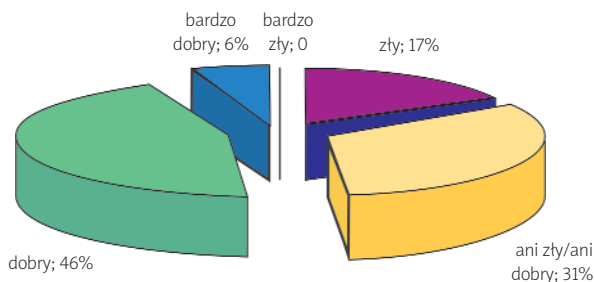
Dolegliwości fizyczne, związane z zaburzeniami czynności zwieraczy i końcowego odcinka przewodu pokarmowego, zdominowane są przez uczucie niepełnego wypróżnienia i konieczność powrotu do toalety w ciągu 15–30 min – tak deklaruje 85,6% respondentów. Wśród badanych 22,7% nie miało uregulowanych wypróżnień, 34,2% miało problemy z biegunkami, a 8,5% z zaparciami (tab. 2.).

Wśród zaburzeń w oddawaniu moczu niewielkie trudności w utrzymaniu moczu zgłaszało 40% badanych, stałe parcie na mocz i niemożność jego wydalania odczuwało 14%, a trudności w inicjacji mikcji – 17% respondentów. Ważnym wyznacznikiem dobrej jakości życia po przedniej resekcji



**Ryc. 1.** Ocena jakości życia przez pacjentów

**Fig. 1.** The evaluation of quality of life made by patients



**Ryc. 2.** Ogólny stan zdrowia deklarowany przez badanych

**Fig. 2.** General health declared by patients

**Tabela 2.** Dolegliwości związane z wypróżnianiem zgłaszane przez respondentów  
**Table 2.** Patients' complaints connected with bowel movement

Dolegliwości	Nigdy	Rzadko	Dość często	Bardzo często	Zawsze
subiektywne, stałe parcie na stolec	42,8%	37,1%	17,1%	2,8%	0
brudzenie bielizny	68,5%	20%	8,5%	2,8%	0
nietrzymanie gazów	31,4%	37,1%	14,2%	17,1%	0
niemożność odróżniania gazów od stolca	60%	28,5%	5,7%	2,8%	2,8%
obniżona zdolność wstrzymania wypróżnienia na dłużej niż 15 min	34,2%	17,1%	22,8%	17,1%	8,5%
nietrzymanie stolca w czasie snu	91,4%	2,8%	5,7%	0	0
uczucie niepełnego wypróżnienia i konieczność powrotu do toalety w ciągu 15–30 min	14,2%	31,4%	37,1%	17,1%	0
nietrzymanie luźnego stolca	62,8%	25,7%	8,5%	2,8%	0

**Tabela 3.** Podjęcie współżycia seksualnego po przebytym zabiegu i leczeniu w zależności od płci

**Table 3.** Sexual intercourse after operation and treatment according to sex

Podjęcie współżycia seksualnego po przebytym zabiegu i leczeniu	Płeć		Razem
	K	M	
<b>NIE</b>	14	5	19
% kolumny	63,64%	38,46%	
<b>TAK</b>	8	8	16
% kolumny	36,36%	61,54%	
<b>ogół grup</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>35</b>

Statystyka:  $\chi^2$  Pearsona: 2,08686,  $df=1$ ,  $p=,148574$

odbytnicy jest powrót do sprawnego funkcjonowania seksualnego. Współżycie seksualne po przebytym zabiegu i leczeniu podjęło 45,7% osób. Przyczyny niepodjęcia współżycia po zabiegu były różnorodne: z powodów psychologicznych (niechęć, obniżenie zainteresowania tą sferą życia) – 63,1% badanych, z obawy przed nieprzyjemnymi fizycznymi doznaniem, z obawy przed zawiedzeniem partnera

– 10,4%, inne (wdowieństwo, przyczyny ze strony partnera) – 26,2% pacjentów (tab. 3.).

Równocześnie zaobserwowano istotną różnicę w ocenie spadku zainteresowania seksem w zależności od podjętego lub nie współżycia po przeprowadzeniu operacji i leczenia (tab. 4.).

Analizując poszczególne zaburzenia można stwierdzić, że najwięcej jest zaburzeń związanych z funkcjonowaniem seksualnym, a następnie z funkcjonowaniem jelita i zaburzeń w oddawaniu moczu (tab. 5.).

Rozpatrując ogólny stan zdrowia (skala WHO), a jakość życia chorych (skala Rotterdam), można zauważyć istotną korelację między poszczególnymi skalami (tab. 6.).

## Omówienie wyników

Oceny jakości życia, prowadzone wśród 35 chorych z rakiem odbytnicy, u których wykonano przednią resekcję odbytnicy wskazują, że mimo pozytywnego skutku leczenia (usunięcie raka, brak przerzutów), chorzy silnie przeżywają swój stan i zaburzenia psychologiczne mają podobne nasilenie, co dolegliwości fizyczne w tej grupie badanych.

**Tabela 4.** Zależność podjętego współżycia seksualnego po zabiegu operacyjnym i leczeniu a deklarowany spadek zainteresowania seksem (skala Rotterdam)

**Table 4.** Sexual intercourse after operation and treatment and declared fall in interest in sex (Rotterdam scale)

Deklarowany spadek zainteresowania seksem	Zależność podjętego współżycia seksualnego po zabiegu operacyjnym i leczeniu		Razem
	nie	tak	
wcale nie	5,9	5,0	11,0
trochę	7,0	5,9	13,0
sporo	3,8	3,2	7,0
bardzo	2,1	1,8	4,0
<b>ogół grup</b>	<b>19,0</b>	<b>16,0</b>	<b>35,0</b>

Statystyka:  $\chi^2$  Pearsona: 11,2571,  $df=3$ ,  $p=,010416$

**Tabela 5.** Analiza wyników zaburzeń czynności jelita, funkcjonowania seksualnego i zaburzeń w oddawaniu moczu  
**Table 5.** Analysis of bowel and urine disorders and sexuality

Zmienna	N	Odchylenie standardowe SD	Średnia	Mediana ME	Kwartyl Q1	Kwartyl Q3
jelito	35	,50	1,85	2,00	1,41	2,16
mocz	35	,51	1,31	1,00	1,00	1,33
seks	18	1,33	2,74	2,66	1,66	4,00

**Tabela 6.** Korelacje Skali WHO i Rotterdam  
**Table 6.** Correlation of WHO and Rotterdam scales

Rotterdam WHO	Dziedzina fizyczna	Dziedzina psychiczna	Dziedzina: aktywność
dziedzina fizyczna	–,4249* N=35* p=,011*	–,4447* N=35* p=,007*	–,4423* N=35* p=,008*
dziedzina psychiczna	–,3842* N=35* p=,023*	–,6314* N=35* p=,000*	–,1372 N=35 p=,432
dziedzina: poziom niezależności	–,5922* N=35* p=,000*	–,5226* N=35* p=,001*	–,5619* N=35* p=,000*
dziedzina społeczna	–,3334 N=35 p=,050	–,5031* N=35* p=,002*	–,2473 N=35 p=,152
dziedzina środowiskowa	–,5144* N=23* p=,012*	–,8221* N=23* p=,000*	–,2190 N=23 p=,315

\*=oznaczone współczynniki korelacji są istotne z  $p < 0,05$

Na pierwszym miejscu zaburzeń fizycznych znajdują się dotyczące nieprawidłowości w funkcjonowaniu zwieraczy i końcowego odcinka przewodu pokarmowego, co związane jest z występowaniem tzw. zespołu resekcji przedniej. Występowanie tych zaburzeń jest opisywane przez wielu autorów jako istotnie obniżające jakość życia [4, 7, 14].

Badania po 14 mies. od przeprowadzenia niskiej przedniej resekcji odbytnicy wykazały, że ponad połowa chorych nie potrafi w pełni kontrolować wypróżnień [7]. Jak wynika z innych doniesień, 56% chorych po zabiegu ocenia wynik operacji jako niekorzystny w aspekcie jakości życia, a przednia resekcja odbytnicy jest szansą, ale nie gwarancją lepszej jakości życia [4].

Oleńdzki w swoich badaniach wnioskuje, że istnieje pozytywny, istotny wpływ zabiegu operacyjnego na jakość życia, ale następuje spadek tego efektu aż do jego zaniku po 12 mies. Stwierdzono również istotny wzrost subiektywnej oceny stanu zdrowia i jakości życia w 13% po 3 mies. do 35% po 12 mies.

W badaniu 78 chorych 2 lata po zabiegu, kwestionariuszem EORTC C-30 oraz C-38, metoda przedniego wycięcia odbytnicy lub wycięcia brzuszno-krocowego nie wpłynęła w sposób istotny statystycznie na ogólny stan zdrowia, na funkcjonowanie fizyczne, w rolach społecznych i w pracy, emocjonalne, poznawcze i społeczne pacjentów. Osoby operowane metodą resekcji przedniej niskiej miały zapa-rcia częściej (47,0 pkt) niż osoby operowane metodą

wycięcia brzuszno-krocowego (23,9 pkt). Częściej objawy (ból, wzdęcia brzucha, ból w pośladkach, potrzeba uwalniania gazów, odbijania) zgłaszały osoby operowane metodą resekcji przedniej niskiej (40,2 pkt) niż osoby po wycięciu brzuszno-krocowym odbytnicy (21,5 pkt). Oprócz zaburzeń związanych z występowaniem zespołu resekcji przedniej, istotne dla pacjentów są zaburzenia funkcji seksualnych. Stwierdzono pogorszenie (41%) oceny życia seksualnego 3 mies. po zabiegu oraz redukcję tego efektu do 14% po 12 mies. [14].

W omawianej grupie badanych zaobserwowano istotną różnicę w ocenie spadku zainteresowania seksem w zależności od podjętego lub nie współżycia po przeprowadzeniu operacji i leczeniu. Niepodjęcie współżycia zdominowane było przez aspekt psychologiczny, związany ze znacznie obniżonym zainteresowaniem tą sferą życia, po zabiegu operacyjnym i leczeniu. Operacja i leczenie przeciwnowotworowe powodują, że pacjenci pozornie powracają do zdrowia, przez co zwykle rozumie się usunięcie raka. Jednakże życie ze świadomością nawrotu choroby oraz z konsekwencjami interwencji chirurgicznej jest bardzo często deprymujące i trudne. Ważne więc jest stałe monitorowanie nie tylko stanu fizycznego pacjentów, ale również ich jakości życia. Jak wynika z rozmów z pacjentami, odczuwają oni silną potrzebę pogłębiania wiedzy związanej z funkcjonowaniem organizmu po zabiegu oraz wyjaśniania dolegliwości, które dominują w ich życiu.



## Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić:

- 1) dotychczasowe wyniki badań nad jakością życia chorych na raka odbytnicy po przedniej resekcji są niejednoznaczne,
- 2) poznanie jakości życia chorych na raka odbytnicy po przedniej resekcji jest wciąż niewystarczające,
- 3) monitorowanie jakości życia w tej grupie chorych powinno być stałym elementem terapii.

## Piśmiennictwo

1. Ponczek D, Nowicki A. Rak odbytnicy a jakość życia po operacji. *Współcz Onkol* 2004; 8: 153-9.
2. Reguła J. Badania kontrolne po leczeniu operacyjnym raka jelita grubego. Zalecenia American Society of Clinical Oncology (2000). *Medycyna Praktyczna* 2000; 7: 181-3.
3. Bednarczyk M, Rutkowski A. Badania kontrolne po operacjach raka jelita grubego. *Nowa Medycyna – Onkologia* 1999; 4: 4.
4. Ponczek D, Nowicki A, Zegarski W, Banaszkiewicz Z. Ocena jakości życia chorych leczonych z powodu raka odbytnicy metodą resekcji przedniej niskiej lub wycięcia brzuszno-kroczonego, bez radioterapii przedoperacyjnej. *Współcz Onkol* 2005; 9: 359-64.
5. Bielecki K, Kamiński P, Klukowski M, Włodarczyk A. Leczenie nowotworów odbytnicy przednią resekcją – wczesne wyniki. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1998; 70: 366-74.
6. Nowacki MP, Bujko K. Współczesne poglądy i zasady leczenia chorych na raka dolnej części odbytnicy. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1999; 71: 310-17.
7. Wałęga P, Herman R, Popiela T. Odległe wyniki badań funkcji anorektalnych chorych po przedniej niskiej resekcji odbytnicy. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2001; 73: 327-37.
8. Holzner B, Kemmler G, Sperner-Unterwieser B. Quality of life measurement in oncology – a matter of the assessment instrument? *Eur J Cancer* 2001; 37: 2349-56.
9. Wilk I. Jakość życia chorych leczonych z zastosowaniem chemioterapii. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2005; 3: 43-7.
10. Modlińska A. Jakość życia w aspekcie bólu nowotworowego. *Medycyna Paliatywna* 2003; 2: 6-11.
11. de Walden-Gąsuszko K. i wsp. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową – badania własne. W: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. de Walden-Gąsuszko K, Majkiewicz M (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 103-4.
12. Velikova G, Stark D, Selby P. Quality of Life Instruments in Oncology. *Eur J Cancer* 1999; 11: 1571-80.
13. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000; 239-51.
14. Olędzki J. Rozprawa habilitacyjna. Własna modyfikacja zbiornika jelitowego jako metody rekonstrukcji jelita grubego po resekcji raka odbytnicy. Aspekty chirurgiczne i ocena jakości życia. *Nowotwory* 2003; 53 (supl. 3): 7-8.

## Adres do korespondencji

mgr piel. **Iwona Jabłońska**  
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego  
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Wydział Ochrony Zdrowia  
*Collegium Medicum*  
Uniwersytet Jagielloński  
ul. Kopernika 25  
31-501 Kraków  
tel. +48 12 421 41 60  
e-mail: wilkiwona@wp.pl